

Remarques à propos d'un cas d'iodo-bromides végétantes

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1942

PAR

LOIK POHER

Né à Brest, le 9 Novembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, professeur, *Président*.

JANBON, professeur.

P. RIMBAUD, agrégé.

BOUCOMONT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1942

**Remarques à propos d'un cas
d'iodo-bromides végétales**

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 134

Remarques à propos d'un cas d'iodo-bromides végétales



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1942

PAR

LOIK POHER

Né à Brest, le 9 Novembre 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, professeur, *Président*.
JANBON, professeur.
P. RIMBAUD, agrégé.
BOUCOMONT, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Chaires :

Anatomie.....	
Histologie.....	
Physiologie.....	
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	
Physique médicale.....	
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	
Microbiologie.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Thérapeutique et matière médicale.....	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	
Hygiène.....	
Médecine légale et médecine sociale.....	
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	
Clinique médicale.....	
Clinique chirurgicale.....	
Clinique obstétricale.....	
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale.....	

MM. J. DELMAS.
TURCHINI.
L. HÉDON.
CRISTOL.
PECH.
BAUMEL.
LISBONNE.
PAGES.
JANBON.
PUECH.
CARRIEU.
VIDAL.
BOULET.
L. RIMBAUD.
GIRAUD, <i>doyen</i> .
MASSABUAU, <i>assess.</i>
RICHE.
P. DELMAS.
EUZIÈRE, <i>doyen honor.</i>
BOUDET.
MARGAROT.
ÉTIENNE.
JEANBRAU.
LAPEYRE.
DEJEAN.
TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	
Histologie.....	
Radiologie.....	
Propédeutique chirurgicale.....	

LAUX.
GRANEL.
LAMARQUE.
AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires.

MM.

Chimie.....	MONNIER, <i>agrégé</i> .
Microbiologie.....	CARRERE, <i>agrégé</i> .
Histoire naturelle médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .
Pharmacologie.....	HARANT, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale.....	BOUCOMONT, <i>agrégé</i> .
—	BERT, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médicale.	P. RIMBAUD, <i>agrégé</i> .
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .

MM.

Clinique des mal. contag.	JANBON, <i>professeur</i> .
Clinique de la tubercul...	VIDAL, <i>professeur</i> .
Pathologie chirurgicale.	MOURGUE-MOLINES, <i>agrégé</i> .
—	TRUC, <i>agrégé</i> .
Chirurgie expérimentale.	GUIBAL, <i>agrégé</i> .
Médecine opératoire....	ROUX, <i>agrégé</i> .
Accouchements.....	CADÉRAS DE KERLEAU.
Stomatologie.....	N...

Agrégés en exercice.

MM.

Médecine.....	P. RIMBAUD.
—	BOUCOMONT.
—	BERT.
—	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>
Chimie.....	MONNIER.
Bactériologie.....	CARRERE.

MM.

Histoire naturelle médic.	HARANT.
Chirurgie.....	MOURGUE-MOL.
—	GUIBAL.
—	ROUX.
Urologie.....	TRUC.
Accouchements.....	CADÉRAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse.

MM. MARGAROT, professeur, *président*.
JANBON, professeur.

MM. P. RIMBAUD, *agrégé*.
BOUCOMONT, *agrégé*.



A MON PERE

A MA MERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

AU MÉDECIN AUXILIAIRE PIERRE DUBOURG

TUÉ A L'ENNEMI

le 9 juin 1940

à Merval (Aisne)

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL SOLCARD
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR
LE MÉDECIN EN CHEF DE PREMIÈRE CLASSE VARACHE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DERMATOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

A MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse et dont les conseils nous
ont été précieux.*

*Qu'il soit assuré de notre respectueux
attachement.*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Ayant eu l'occasion, au cours de notre stage chez Monsieur le Professeur MARGAROT, de rencontrer un cas intéressant de lésions cutanées végétantes à la suite d'absorption de médicaments (iodurés et vraisemblablement aussi bromurés) l'idée nous est venue de présenter un travail sur ce sujet dans notre thèse inaugurale.

Cette affection est en effet loin d'être fréquente, et les travaux qu'elle a suscités semblent mettre en évidence des divergences de vue assez nettes entre les auteurs, divergences particulièrement accusées du point de vue de l'interprétation pathogénique de ces manifestations, en même temps que de l'inconstante efficacité des traitements proposés. Seuls les aspects étiologiques et cliniques conservent une certaine unité dans les études que nous avons eues sous les yeux.

Depuis les magistrales cliniques de BROCO, qui, à la suite de MORROW apporta une remarquable systématisation des différentes formes cliniques possibles des iodides, les études d'AUDRY (1898) sur les gangrènes vraies de la peau d'origine iodique, celles de FÉRÉ avec la théorie gastrique des bromodermoses et de MILIAN décrivant les purpuras iodiques de la muqueuse buccale (1900), ainsi que de BALZER et LECORNU sur les érythèmes polymorphes iodiques, un assez grand nombre d'auteurs exposèrent leurs opinions après des études histologiques, chimiques, ou expérimentales des iodides et bromides; MILIAN revint à maintes reprises sur ce sujet, tout particulièrement à propos de sa

théorie biotropique; en 1922 WILE, WRIGHT et SMITH signalaient les substitutions des bromures aux chlorures dans l'organisme, et en 1925 en accord avec cette théorie, STEVENSON proposait le traitement du bromisme par le chlorure de sodium; en 1927, GUERRIÉRI et PASINI (ce dernier modifiant à cette occasion ses vues de 1906 sur la pathogénie des bromides) publiaient simultanément les résultats de leurs expérimentations; notons en 1927 les recherches de BRACK sur la sensibilité de l'iode et en 1932 celles de BRUNO, BOCH et FENCHIV sur les bromides. Enfin parmi les dernières communications signalons celles de JAUSION, NOYER et SOHIER en 1930, de SÉZARY et MIGET en 1933 et de SPILLMANN et WATRIN en 1936.

A la lumière de tous ces travaux antérieurs, nous nous sommes proposés dans cette thèse d'interpréter à propos de ce cas d'iodo-bromides végétales, d'une façon aussi complète que possible, l'observation qu'il nous a été donné d'étudier, et pour ce faire, nous nous sommes imposés le plan suivant :

- Exposé de l'observation;
- Diagnostic positif et différentiel;
- Considérations étiologiques;
- Anatomie pathologique;
- Interprétation pathogénique;
- Traitement.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSE DE L'OBSERVATION

Le cas que nous avons pu observer dans le service de M. le Professeur MARGAROT nous a attiré par la rareté relative de l'affection autant que par son aspect de toxicodermie caractéristique, la question de l'étiologie exacte n'ayant malheureusement pu être fixée avec précision, ainsi que l'on peut s'en rendre compte à la lecture de l'observation :

M^{me} B..., âgée de 67 ans, employée dans une administration, entre le 19 mai dans le service de M. le Professeur MARGAROT, pour des lésions cutanées multiples, apparues brusquement.

Antécédents. — La mère de la malade est morte à 73 ans d'une congestion cérébrale, son père à 38 ans d'une pleurésie. Elle a quatre enfants en bonne santé, rien à signaler par ailleurs.

Dans les antécédents personnels, on relève une grippe épidémique en 1920, depuis laquelle la malade présente des bronchites fréquentes, pour lesquelles elle aurait subi de multiples traitements. Elle a d'autre part été opérée en novembre 1940 pour cancer du sein droit. Enfin en décembre 1941, la malade a présenté des ulcères bilatéraux de la cornée pour lesquels elle a reçu trois injections intra-musculaires de lait. A la suite de ce traitement est apparu au niveau des jambes un « eczéma » évoluant par poussées accompagné d'œdème des pieds. Cet « eczéma » traité par l'appli-

cation de camomille et de pâte à l'eau a régressé, mais un placard suintant au niveau de la jambe gauche a persisté.

Histoire de l'affection actuelle. — Elle a débuté le 12 mai par l'apparition de tuméfactions cutanées multiples, évoluant vers l'ulcération, puis la suppuration en même temps que les lésions de la jambe gauche se transformaient en une vaste ulcération et qu'une ulcération analogue apparaissait sur la jambe droite. A cette époque la malade absorbait depuis plusieurs mois diverses spécialités; l'une d'entre elles notamment contenait de l'Ephédrine et de l'iode; enfin à partir du 11 mai elle a pris la potion à l'iodure de potassium suivante :

Iodure de potassium 20 gr.

Sirop de fleurs d'oranger 100 gr.

Eau distillée 200 gr.

et ceci à raison d'une cuillerée à soupe matin et soir.

Elle en prit en deux jours (11 mai, 12 mai) 4 cuillerées à soupe, soit 4 gr. en tout. Signalons d'autre part que le 21 mai la malade souffrant d'insomnies aurait pris « pour dormir » un cachet dont malheureusement la composition exacte n'a pu être établie.

Examen. — Mauvais état général du sujet avec amaigrissement et asthénie.

Au point de vue pulmonaire : toux avec expectoration blanchâtre et abondante; ronchus et sibilants généralisés.

Le cœur est normal; le pouls bat à 70; la T. A. est de 16/9.

Mauvaise denture avec prothèse double, rien à signaler au point de vue digestif,

A l'examen du thorax on constate l'existence d'une cicatrice d'opération de Halsted à droite, ainsi que la présence d'une masse ganglionnaire un peu au-dessous de la clavicule à la partie tout à fait externe du thorax, masse du volume d'une noix, adhérente aux plans profonds et au creux axillaire.

A l'examen de la peau. — On constate l'existence de tuméfactions rouges, arrondies, régulières, nettement en relief, fermes sans être rigides, centrées par une bulle qui une fois percée laisse une ulcération donnant issue à une sécrétion séro-purulente. Ces lésions évoluent par la suite en tuméfactions arrondies, saillantes à leur périphérie et déprimées au centre qui est le siège d'une suppuration: elles donnent alors au toucher une impression veloutée caractéristique.

On trouve l'élément le plus caractéristique au niveau de la région sterno-claviculaire gauche formant une saillie molle à dépression centrale suppurante dont la périphérie en relief laisse sourdre à la pression un liquide séro-purulent. Un élément analogue mais plus petit existe à la face antérieure du thorax à gauche.

Sur le visage on trouve une dizaine de lésions, notamment au niveau des lèvres, du menton, du nez, de la paupière supérieure droite, lésions qui semblent à ce niveau plus tubéreuses, plus végétantes, plus croûteuses et relativement molles.

Sur l'éminence thénar de la main droite à la base du pouce, existe un élément plus inflammatoire, ayant débuté par une bulle et accompagné d'infiltration périphérique.

Au niveau des membres inférieurs on découvre sur la jambe gauche une vaste ulcération de 15 cm. sur 15 cm. encerclant presque entièrement la jambe, à fond rouge vif et suintant et à bords légèrement suré-

levés; sur la jambe droite deux ulcérations analogues, mais de moindre taille. Enfin deux éléments semblables aux premiers décrits, existent sur le pied gauche.

Le résultat de la biopsie. — Le résultat de la biopsie pratiquée sur une des lésions végétantes est le suivant :

En surface on trouve un revêtement cutané assez papillomateux, puis à partir d'une certaine zone il y a un début d'ulcération après laquelle la papillomatose reprend. Au niveau du point en cours d'ulcération l'attention est retenue par des lésions de dyskératose; celles-ci consistent avant tout dans la présence en très grand nombre dans les vestiges de la couche cornée, de grains de très grosses dimensions. Pas de corps ronds, le processus dyskératosique allant sans transition de la cellule malpighienne au grain. Dans le derme se voient des lésions de pyodermite paraissant en continuité avec l'ulcération épidermique.

Numération globulaire :

Hématies	4.000.000;
Leucocytes	10.800.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	64 p. 100;
Polynucléaires éosinophiles	5 p. 100;
Polynucléaires basophiles	0 p. 100;
Grands mononucléaires	7 p. 100;
Lymphocytes	24 p. 100.

Urines :

Sucre	0;
Albumine	0.

et d'autre part,

Iode 0;

Brome 0 mg. 4 par litre.

Hecht-Bauer :

Faiblement positif avec un antigène lipoïdique.

Kahn :

Réaction de présomption + ;

Réaction normale —.

Kline :

Réaction de présomption —.

Traitement. — Après la suppression de toute médication antérieure (remplacée par de la terpine-codéine) on fit un traitement local par des pansements antiseptiques, des applications de pâte à l'eau et de poudre de Dagénan.

Evolution. — Dès le 1^{er} juin on note une grosse amélioration; le 10 juin les lésions du visage ont presque disparu, celles des membres inférieurs s'aplatissent. Le 20 juin le visage est guéri, les lésions des jambes sont en voie de cicatrisation (assez lente cependant) malgré l'apparition périphérique de quelques éléments prurigineux.

En résumé, il s'agit de l'apparition brusque, chez un sujet présentant un état général médiocre et depuis longtemps traité pour bronchite chronique (notamment par des médications iodurées et éphédrinées) de lésions cutanées ulcéro-végétantes et suppurantes semblant consécutives à l'absorption en deux jours de 4 gr. d'io-

dure de potassium sous forme de potion. Le diagnostic d'iodides végétantes aurait pu se présenter immédiatement à l'esprit si la recherche d'iode dans les urines ne s'était révélée négative et si d'autre part on n'y avait noté la présence de brome, résultat qui peut paraître paradoxal, mais devant lequel nous ne pouvons que nous incliner. Le rôle de la potion à l'iodure de potassium ne pouvant cependant être rejeté, étant donné ses relations étroites avec l'apparition des lésions, et d'autre part le fait matériel de la présence de brome dans les urines ne pouvant être écarté, nous nous sommes vu contraints d'évoquer un diagnostic d'iodo-bromides végétantes, bien que nous n'ayons pu établir quand et sous quelles formes du brome a été ingéré, si ce n'est peut-être à l'occasion de la prise des cachets que la malade souffrant d'insomnie aurait absorbés « pour dormir » peu de temps avant son entrée à l'hôpital, et aussi à l'hôpital, mais après l'apparition des lésions.

C'est ce diagnostic que nous allons discuter dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

Quels sont les éléments qui, d'une façon générale et plus particulièrement dans l'observation que nous avons rapportée, vont nous permettre de poser un diagnostic positif ?

Tout d'abord la notion d'absorption antérieure, soit de bromure, soit d'iodure, à condition qu'elle ait pu être établie (certains malades dissimulant parfois la médication toxique incriminée). Chez Mme B..., cette notion a pu être rapidement établie tout au moins pour l'iodure de potassium.

En même temps que cet élément il nous faut noter le rapport existant entre l'ingestion du corps incriminé et l'apparition des lésions, rapport très net dans notre observation puisqu'elle sont apparues d'une façon pratiquement immédiate après la prise de la potion.

Par ailleurs il nous faut remarquer l'apparition rapide et pour une dose minime de médicament, ce qui est bien souvent en faveur d'une toxicodermie.

L'amélioration, puis la guérison des lésions après suppression de la thérapeutique sont également caractéristiques bien que cette régression soit parfois assez lente.

De même la récidive après la reprise éventuelle de la substance suspecte, et aussi la possibilité de tests cutanés qui ne sont malheureusement pas toujours très démonstratifs.

On cherche et l'on trouve généralement le médicament dans les urines et parfois aussi dans les lésions

cutanées, le lait, la sueur (La réaction de BELOTE, pour la recherche du brome urinaire permet de le détecter jusqu'à 1 p. cent mille).

L'étude des images histologiques que nous avons décrites plus loin est également un des éléments du diagnostic.

La recherche de la crise hémoclasique de WIDAL, lorsqu'il s'agit de phénomènes de choc ou d'anaphylaxie et à cette occasion la pratique des épreuves de transport passif peuvent également être démonstratifs.

Enfin, un élément important nous est apporté par l'étude des lésions elles-mêmes qui sont généralement, mais pas toujours caractéristiques du corps incriminé, toutes les variétés possibles d'éruptions pouvant être rencontrées.

Chez notre sujet nous nous trouvons en présence d'éruptions indolores, papulo-tuberculeuses, parfois bulleuses, mais végétantes dans l'ensemble, lésions généralement trouvées dans les bromides et un peu moins souvent dans les iodides (plus volontiers bulleuses) donnant des saillies à bords abrupts et assez bien délimités, de couleur rouge, entourées d'un ourlet vésiculo-purulent et d'un halo congestif alors que le centre est ulcéré, plus ou moins croûteux et purulent en même temps que papillomateux; elles sont de consistance molle, donnant au doigt une sensation de velours mouillé; enfin leurs points d'élections sont les points d'élections classiques : les membres inférieurs et le visage (le nez tout particulièrement) et elles ont laissé après régression des macules rougeâtres; tous ces caractères sont donc en accord avec un diagnostic d'iodo-bromides caractérisées mais il nous restait cependant à discuter ce diagnostic et à écarter les principales affections d'aspect analogue mais reconnaissant une cause différente.

Nous avons pu écarter tout d'abord l'hypothèse de syphilides végétantes d'une part, grâce à l'étude des signes positifs que nous venons d'exposer, et notamment la rapidité de développement, la couleur rouge et le halo inflammatoire ainsi que la consistance plus molle que dans les lésions syphilitiques, et d'autre part en remarquant la négativité des réactions sérologiques et des antécédents spécifiques.

Le mycosis fongoïde, cette affection qui revêt des formes si diverses dans ses lésions prémonitoires peut également être éliminé. Il s'accompagne presque toujours de prurit violent, les lésions sont très polymorphes, affectant souvent des aspects extraordinaires (respectant par exemple des aires arrondies de peau saine au milieu d'une éruption diffuse) et présentant des recrudescences irrégulières; ces lésions s'accompagnent de tuméfaction ganglionnaire. La question peut d'ailleurs être tranchée par l'examen histologique.

Les leucémides s'accompagnent de tuméfactions ganglionnaires et spléniques et l'examen du sang révélera l'existence d'une leucémie.

Les diverses formes de mycoses seront rapidement éliminées en pratiquant soit la culture, soit l'examen microscopique sur lames ou sur coupes, soit encore le séro-diagnostic actinomycosique de WIDAL et ABRAMI.

Les kérions trichophytiques seront de la même façon écartés par l'examen microscopique. Ils sont d'ailleurs plus volumineux, plus suppurés, plus douloureux et généralement localisés aux régions velues.

Un diagnostic d'iodo-bromides ulcéro végétantes d'origine médicamenteuse étant ainsi porté, nous allons maintenant exposer quelques faits étiologiques et anatomo-pathologiques, qui, nous le verrons, viendront corroborer ce diagnostic.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Comme il est classique de le faire, nous allons pouvoir distinguer du point de vue étiologique des causes favorisantes et des causes déterminantes des manifestations iodiques et bromiques.

Les causes favorisantes.

Nous nous sommes assez longuement étendu plus loin dans le chapitre pathogénique sur les prédispositions idiosyncrasiques et la sensibilisation anaphylactique et nous nous permettrons de ne pas insister davantage ici sur ces facteurs importants.

Nous pouvons maintenant signaler le rôle manifeste que vont jouer tous les troubles amenant une diminution de la résistance générale de l'organisme, tels ceux dus à la syphilis et à l'hérédo-syphilis qui interviennent peut-être par leur rôle fragilisant sur les vaisseaux facilitant ainsi l'action vaso-motrice des iodures. Nous avons pu relever effectivement plusieurs cas d'iodides ou bromides parfois sévères chez des syphilitiques. Ainsi :

De SÉZARY et MIGET : deux cas d'iodides chez d'anciens syphilitiques;

De L. DANIEL : un cas fatal d'iodides bulleuses végétales chez un syphilitique éthylique avec insuffisance gastro-hépatique et rénale;

De M. I. JOFFE : un cas d'iodides bulleuses mortelles chez un syphilitique aortique atteint au surplus d'artério-sclérose ;

De DJEVDET KÉRIM : un cas d'iodides bulleuses végétantes chez une syphilitique (B. W. + + + + et 4 fausses couches).

Nous pouvons noter en passant que chez Mme B..., on a suspecté une syphilis.

Un autre facteur favorisant est la présence de troubles gastro-intestinaux, notamment celle d'hypo et d'achlorhydrie gastriques, et nous rappellerons que FÉRÉ considérait ces dysfonctionnements comme essentiels dans l'apparition des lésions iodiques ou bromiques.

Des actions autotoxiques associées du même ordre sont celles qui se trouvent sous la dépendance d'une insuffisance rénale, comme dans le cas de DANIEL ou encore dans un cas rapporté par HULUSI BEHDJET d'iodides bulleuses pémphigoïdes végétantes ; signalons aussi un cas de TIEFFENBRUNNER : mort par iodermite tubéreuse chez un malade atteint de néphrite chronique antérieure.

Les troubles d'origines nerveuse et sympathique favorisent certainement l'apparition des lésions, de même que les dysfonctionnements endocriniens, tout particulièrement ceux de la glande thyroïde.

Signalons aussi au passage les causes favorisantes locales telles que l'acné, la séborrhée, qui peuvent attirer des iodurides ; les irritations répétées et les traumatismes, les affections dermatologiques antérieures (« eczéma » des jambes chez notre malade) comme dans le cas d'iodides bulleuses sur épidermophyties inguinales et axillaires rapporté par JAUSION, NOYER et SOHIER,

ou encore celui de PAGNIEZ et RAVINA chez un sujet atteint de vacciné et brightique au surplus.

Ce terrain insuffisant et prédisposé nous le retrouvons dans le cas présenté plus haut où nous sommes en présence d'une bronchitique chronique (depuis 1920), cancéreuse et certainement favorable aux localisations cutanées : elle en fit déjà une, à la suite de trois injections intra-musculaires de lait.

Les causes déterminantes.

Elles consistent évidemment dans l'absorption d'iode ou de brome sous forme médicamenteuse dans toutes les affections nécessitant une thérapeutique de cet ordre, en l'occurrence dans le cas qui nous intéresse la bronchite chronique traitée par une potion à l'iodure de potassium. Une des causes les plus fréquentes d'absorption de bromure de potassium est l'existence d'une épilepsie, et l'apparition de lésions bromiques chez ces malades est extrêmement fréquente, lésions qu'on peut également retrouver chez les nourrissons dont la mère suit un traitement de cet ordre soit pour épilepsie, soit pour accès éclamptiques, la transmission se faisant alors par voie placentaire, ou par l'intermédiaire du lait.

Notons aussi les possibilités d'iodides chez les sujets atteints de goîtres exophtalmiques (SÉZARY et MIGET : iodides après la prise de XX à XXX gouttes de Lugol par jour) pour lesquels ils suivent un traitement ioduré ou encore chez ceux présentant des affections mycosiques (BRACK : iodides bulleuses).

L'on a également retrouvé des cas d'iodides chez des sujets en traitement ioduré pour hydarthrose.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Bien que les formes anatomo-pathologiques (en même temps que cliniques) des iodides et bromides soient fort nombreuses, à savoir d'après Brocq : les érythèmes, les papules urticariennes, les vésicules eczémateuses, les éruptions bulleuses pemphigoïdes végétantes, les éruptions papulo-pustuleuses, les éruptions anthracoides, les gangrènes, les éruptions pétéchiâles et purpuriques, les éruptions nodulaires ou tubéreuses, les éruptions polymorphes, pour les iodides — — —, les formes pustuleuses acnéiformes, les formes en macarons, érythémateuses ou noueuses pour les bromides, nous nous trouvons en présence dans le cas qui nous occupe d'une variété assez fréquemment rencontrée et siégeant aux lieux d'élection habituels (face, jambes, partie supérieure du thorax) à savoir la variété ulcéro-végétante, suppurée, veloutée, plus ou moins croûteuse et molle, saillante et entourée d'un halo inflammatoire, avec un ourlet vésiculo-purulent et accompagnée de quelques éléments plus nettement bulleux. Nous retrouverons en somme, comme dans notre interprétation précédente, les lésions iodiques plus aisément bulleuses et les lésions bromiques généralement papulo-pustuleuses.

Microscopiquement la biopsie nous met en présence de quatre groupes de faits :

Un revêtement papillomateux;

La présence d'ulcérations;
Des troubles de dyskératose;
Des lésions de pyodermites.

Cet ensemble étant caractéristique mais malheureusement non spécifique de ces toxicodermies car on le retrouve notamment dans le pemphigus végétant, les syphilides végétantes, les pyodermites.

Il nous semble à ce propos particulièrement démonstratif de comparer notre résultat à celui donné par l'étude histologique d'un cas de bromides végétantes rapporté par L. SPILLMANN et J. WATRIN : épiderme kératosique et hyperacanthosique, nids leucocytaires et abcès intra-épidermiques disséminés, avec œdème épidermique accompagné de cellules migratrices (polynucléaires neutrophiles, cellules rondes, plasmocytes) et d'autre part inflammation intense du chorion et des papilles.

Ces lésions dyskératosiques, papillomateuses, et de pyodermite se retrouvent dans le plus grand nombre des cas et ont même pu être reproduites expérimentalement (quoique avec difficultés), par PASINI, chez l'animal en l'intoxiquant lentement par le brome.

Par conséquent, l'étude anatomo-pathologique concorde parfaitement avec l'orientation du diagnostic, dirigé presque immédiatement vers des lésions d'origine iodo-bromurique, bien que ne nous permettant malheureusement pas d'affirmer avec certitude ce diagnostic, les images trouvées n'étant pas spécifiques.

Signalons avant de clore ce chapitre la fréquence des lésions thyroïdiennes, notées par FERRARI; rénales, qui se traduiraient dans les expériences de FERRARI par une néphrite hémorragique surtout corticale avec suffusions sanguines dans les glomérules et infiltrations

leucocytaires de la région médullaire, lésions rénales fréquemment retrouvées. Enfin parfois la présence de lésions nerveuses comme dans un cas relaté par M. I. JOFFE, d'iodides bulleuses hémorragiques suivies de mort chez un syphilitique aortique, lésions caractérisées par des dilatations vasculaires et des dégénérescences cellulaires dans les ganglions intervertébraux et sympathiques; mais peut-être nous faut-il aussi bien incriminer la syphilis dans ce dernier cas.

Signalons à la suite de ceci le travail de M. le Professeur TURCHINI au sujet de la recherche des iodures et bromures dans l'organisme au moyen de réactions histo-chimiques nouvelles, permettant de les suivre et de préciser topographiquement leurs localisations histologiques.

Maintenant que nous avons en main tous les éléments relatifs à ce cas, il nous reste à bâtir une interprétation pathogénique, et c'est en cela que consiste le problème que nous allons aborder maintenant.

CHAPITRE V

INTERPRETATION PATHOGENIQUE

Avant de proposer une hypothèse sur la pathogénie du cas que nous avons exposé plus haut, il nous paraît utile de passer rapidement en revue quelques unes des principales interprétations données par les auteurs à propos des cas d'iodides ou bromides qu'ils ont pu observer, bien que, malheureusement, leurs conclusions ne soient pas toujours concordantes.

MILIAN tout d'abord qui, à propos des toxicodermies de causes internes, a particulièrement travaillé ce sujet, distingue, en accord d'ailleurs avec un grand nombre d'auteurs à propos des éruptions médicamenteuses :

1° Les éruptions toxiques qui surviennent en fin de cure (à moins d'intoxication antérieure) et reproduisent les éléments éruptifs observés lorsque le médicament est administré à doses toxiques ou mortelles, ces éruptions prenant alors essentiellement des formes bulleuses;

2° Les éruptions biotropiques qui se manifestent en début de cure et souvent à la suite d'absorption de doses minimales, les lésions présentant alors de préférence la forme pustuleuse.

Il définit le biotropisme comme étant « l'éveil ou la stimulation de microorganismes latents ou déjà cliniquement visibles dans l'organisme vivant ». Il distingue à ce propos : biotropisme direct consistant dans la

stimulation de la maladie traitée et biotropisme indirect se traduisant par l'éveil d'une infection latente nouvelle.

Pour lui d'ailleurs, toute substance provoquant le biotropisme peut donner à doses fortes un nécrotropisme salvateur et curateur. Reste à savoir s'il y a biotropisme vrai c'est-à-dire stimulation du germe ou hypophylaxie à savoir diminution de la résistance de l'organisme. Rappelons à ce propos un cas d'iodides bulleuses sur épidermophyties inguinales et axillaires localisées électivement sur la marge active des lésions rapporté par JAUSION, NOYER et SOHIER, donc groupées au point de moindre résistance cutanée.

Dans le cas particulier des bromides, il conclut en les définissant comme des pyodermites à staphylocoque dont la lésion élémentaire est une pustule folliculaire à aréole inflammatoire dont la confluence donne des placards végétants tricophytoïdes.

Notons que MILIAN considère les tests cutanés pratiqués sous forme d'intradermo réactions comme incapables de mettre en évidence l'action biotrope du brome mais seulement son action toxique parce qu'ils ne peuvent provoquer de folliculites.

Cette théorie s'appuie sur le fait de la présence constante dans les lésions, de staphylocoques, et, la conclusion thérapeutique toute naturelle est de traiter ces éruptions comme des accidents infectieux.

A la suite de ceci nous nous permettrons de rappeler à propos de la classification que fait Brocq des iodides, leur subdivision en deux groupes :

Seuls seraient d'origine purement toxique :

- 1° Les érythèmes diffus ou en plaques irrégulières localisées à la face;

2° Les éruptions pétéchiiales ou purpuriques (purpuras iodo-potassique de BESNIER).

Au contraire, seraient dues au biotropisme indirect :

- 1° Les éruptions papuleuses ou urticariennes;
- 2° Les éruptions vésiculeuses ou eczémateuses;
- 3° Les éruptions bulleuses, pemphigoides, végétantes;
- 4° Les éruptions papulo-pustuleuses (acné potassique);
- 5° Les éruptions anthracoides (acné anthracoides iodo-potassique, de BESNIER);
- 6° Les gangrènes vraies de la peau;
- 7° Les éruptions nodulaires ou tubéreuses;
- 8° Les éruptions polymorphes.

Bruno BLOCH et FENCHIV de leur côté assimilent les bromides végétantes à des éruptions provoquées par une idiosyncrasie par sensibilisation de la peau et des muqueuses, aussi bien au niveau de leurs parties mésodermiques qu'épithéliales, l'antigène étant le bromure ingéré ou retenu dans l'organisme, peut-être sous la forme d'une combinaison brome-albumine. Les réactions cutanées au brome se sont d'ailleurs montrées positives dans leurs expérimentations, mais selon les propres termes de BLOCH toutes les causes amenant une réaction inflammatoire primaire et sans adjonction de brome, aboutissent à un résultat positif ».

Selon ces auteurs, il se ferait une irritation banale mais intense, par extravasat local et accumulation dans les parties cutanées irritées et lésées de l'antigène sous forme de combinaisons protéiques, la lenteur des améliorations obtenues par suppression de la médication s'expliquant par la persistance du brome dans l'organisme (on peut retrouver ce corps dans les urines des

mois après l'arrêt de l'absorption médicamenteuse). La recherche du bromure dans les lésions est positive. Il s'agit donc d'irritation cutanée par le brome sanguin, le traumatisme qui provoque des lésions des capillaires et des papilles jouant un rôle localisateur, fait qu'ils ont expérimentalement vérifié.

PASINI dans ses travaux de 1906 considérait, d'une part que le brome se combinant aux albumines est ainsi masqué et ne se révèle plus par les réactions usuelles, et d'autre part que les altérations cutanées sont dues au brome libéré dans la circulation, qui exerce alors sur les tissus :

1^o Une action chimiotactique positive aboutissant à la formation d'amas leucocytaires;

2^o Une action dégénérative sur les cellules cutanées.

A la suite de FÉRÉ, il admettait que la libération du brome est sous la dépendance de l'achlorhydrie gastrique, mais il a écarté cette opinion par la suite.

Il a pu mettre en évidence la présence de brome dans les tissus malades, après destruction complète des matières protéiques. Pour lui il s'agit aussi d'une sensibilité spéciale prouvée par les cuti-réactions positives qui démontrent une allergie au bromure, la lenteur d'élimination étant une condition favorisante. Le brome libéré le serait au contact des sécrétions acides, sudoripares ou sébacées.

KALTE et JAFFE ont constaté en étudiant l'allergie de la peau à l'iode, que les réactions cutanées ne se produisaient pas lorsque l'on combinait les injections intra-veineuses ou les ingestions d'hyposulfite de soude à l'ingestion d'iodure de potassium. De même les réactions cutanées aux pommades iodurées ne se manifestent pas lorsqu'on y adjoint de l'hyposulfite de soude,

qui retient l'iode libéré par décomposition spontanée de l'iodure, ce qui prouve que l'iodure agit en libérant de l'iode naissant.

GUERRIÉRI de son côté, retrouve du brome au niveau de la peau et des poils, ainsi d'ailleurs que dans les viscères, notamment le foie et le rein, ce qui prouverait l'action irritante du brome sur les épithéliums; il provoquerait une réaction inflammatoire en s'éliminant par les glandes cutanées; il faut noter en effet à ce sujet le développement fréquent des bromides aux points riches en organes glandulaires : au dos, à la face.

Il admet au surplus le rôle d'actions autotoxiques associées à celles du brome, par exemple celles qui résultent de l'hypochlorhydrie ou encore des altérations rénales, ces actions associées expliquant les nombreux aspects possibles des bromides.

Expérimentalement il n'a pu que difficilement reproduire, et chez le chien seul, les mêmes éruptions bromiques que chez l'homme, mais il a constaté chez tous les animaux en expérience, une diminution des hématies et du taux de l'hémoglobine, avec légère augmentation des leucocytes sans modification de la formule leucocytaire.

Du côté du rein, il a trouvé des lésions de néphrite hémorragique surtout corticale avec suffusions sanguines glomérulaires et infiltrations leucocytaires médullaires, le tout accompagné d'albuminurie.

FERRARI, à propos de la sensibilité à l'iodure de potassium dans la dermatite herpétiforme de DUHRING, considère que des altérations de la thyroïde permettent le passage dans le sang de substances qui donneraient au niveau de la peau les manifestations caractéristiques. Il note une diminution des chlorures, rendant la peau plus sensible à l'iode.

Il considère qu'il s'agit de phénomènes allergiques, prouvés par l'existence des réagines élaborées par les cellules et qu'on peut mettre en évidence par les épreuves de transport passif selon la méthode de PRAUSSNITZ et KUSTNER appliquées par LEHNER et RAJKA, en mettant en présence la réagine du sérum et l'allergène (iodure de potassium), soit chez les lapins, soit chez des sujets sains. Il s'agit donc d'hypersensibilité allergique à l'iodure de potassium due à la présence de réagine.

BRACK, au contraire, ne pense pas qu'il s'agisse de réaction anaphylactique et n'a pu transmettre la sensibilité à l'iode chez un sujet sain par transport passif sous la forme d'injections de sérum du malade. Chez le malade en question, traité à l'iode pour actinomycose, les ingestions d'iodure de potassium ou de sodium provoquaient des brûlures et de la sécheresse de la bouche accompagnées d'une dermite bulleuse, le liquide des bulles contenant de l'iode en quantité appréciable.

Les injections d'iode ou de lait provoquaient chez le sujet une forte réaction hémoclasique, témoin des anomalies des fonctions autonomes; en étudiant ces anomalies, il lui a été donné de constater que la bellafoline augmentait la sensibilité à l'iode per os, alors que l'ergotamine la diminuait. Rappelons, en accord avec ces considérations, le point de vue de BIZZOZZERO sur l'idiosyncrasie à l'iode, des sujets à instabilité vagotonique avec prédominance du vague. Cet auteur pense qu'il y a idiosyncrasie et il s'agit pour lui d'une réaction allergène réagine et il se rallie à l'opinion de DOERR, qui établit l'unité entre l'anaphylaxie et l'idiosyncrasie.

MILAN KITCHEVATZ considère, à l'opposé de BRUNO BLOCH et FENCHIV, qu'il s'agit non pas d'une idiosyn-

crasie, mais d'une sensibilisation progressive par accumulation, et il a pu expérimentalement transmettre par le sang de l'homme (un épileptique ayant pris 140 gr. de bromure en 12 semaines) au cobaye la sensibilité progressive au bromure dans deux cas sur trois.

L. SPILLMANN et J. WATRIN de Nancy, à la suite de BRUNO BLOCH, pensent pouvoir interpréter ces lésions comme idiosyncrasiques, la sensibilisation pouvant se produire au cours de la vie intra-utérine, et le brome s'accumulant dans l'organisme sous forme de combinaisons protéiques, ce qui rend compte des latences et des progressions tardives assez fréquemment rencontrées. Ils rappellent pour appuyer leur thèse, les tests cutanés positifs de BRUNO BLOCH et de SÉZARY, LEFÈVRE et HOROWITZ.

WILE, WRIGHT et SMITH étudiant expérimentalement les exanthèmes iodiques et bromiques, n'ont jamais retrouvé d'iodure ou de bromure dans les lésions cutanées, et leurs cuti-réactions furent négatives, bien qu'ils aient décelé la présence de ces corps dans le sang, les urines, la sueur, la salive et le lait.

Ils considèrent qu'il se produit une substitution des bromures aux chlorures de l'organisme alors qu'il n'y aurait pas de substitution des iodures, ce qui leur fait songer à des pathogénies différentes pour les bromides et les iodides.

Ils ont pu reproduire, par introduction d'une albumine étrangère sous la peau d'un sujet prenant du bromure des lésions analogues aux bromides et concluent en mettant à l'origine de ces lésions, des réactions biochimiques complexes.

Rappelons, en accord avec cette théorie, les traitements proposés par plusieurs auteurs, qui consistent en injections intra-veineuses ou intra-dermiques ou

en ingestions de chlorure de sodium, traitements qui ont en effet quelques succès à leur actif.

Rappelons enfin après cette revue rapide l'action vaso-dilatatrice de l'iodure de potassium, dont l'influence sur le développement des lésions cutanées est généralement reconnue, cette vaso-dilatation entraînant la congestion et l'hypersécrétion glandulaire et des manifestations catarrhales au niveau des glandes et des muqueuses. Par ailleurs au sujet des bromides AUSPITZ et CROCKER, pensent qu'elles résultent d'une névrose vaso-motrice; nous pouvons en rapprocher les remarques de BIZZOZZERO, sur l'action importante que jouerait l'instabilité vagotonique avec prédominance du pneumogastrique dans leur pathogénie. Pour certains ces troubles vaso-moteurs seraient dus à une altération des organes centraux.

Si nous reprenons maintenant le cas de M^{me} B..., nous constaterons tout d'abord qu'il s'agit d'un sujet en état de moindre résistance, présentant un mauvais état général et un amaigrissement notable; cette personne souffrant depuis 1920 de bronchite chronique, a subi de nombreux traitements dans lesquels l'iode jouait un rôle important. D'autre part, elle a présenté un cancer du sein droit, opéré en novembre 1940, cancer qui a actuellement récidivé sous la forme d'un ganglion volumineux et adhérent, ce deuxième groupe de faits ayant certainement diminué encore la résistance de son organisme.

Cette déficience générale est un facteur important et qui fait sans doute intervenir, comme le pense GUERRIÉRI, le rôle des actions autotoxiques surajoutées, et sans doute aussi, les troubles de déséquilibre vago-sympathique, facteur que nous avons pu retrouver à

plusieurs reprises dans des cas d'iodides ou de bromides; c'est ainsi que nous sont rapportés :

Par M. I. JOFFE, un exemple d'iodides bulleuses hémorragiques mortelles chez un homme atteint d'aortite syphilitique avec artériosclérose.

Par L. DANIEL, un cas fatal d'iodides bulleuses végétantes chez un homme de 51 ans, ancien colonial éthiopique, syphilitique depuis 22 ans, et atteint de minuvallence gastro-hépatique et rénale, surmené au surplus.

Par JAUSION, NOYER et SOHIER, un autre cas chez une jeune fille de 17 ans ayant eu une enfance chétive (ceci étant vraisemblablement en relation avec une infection rhino-pharyngienne chronique) présentant un mauvais état général avec épitaxis et dysménorrhée.

Par SÉZARY et MIGET, un cas d'iodides chez une femme de 36 ans, syphilitique héréditaire et souffrant d'un goitre exophtalmique.

Par SPILLMANN, WEISS et MALTON, une dermite bulleuse généralisée d'origine iodique chez un hémiplégique.

Par HULUSI BEHDGET, des iodides pemphigoïdes bulleuses et végétantes chez un insuffisant rénal.

Par DJEVDET KÉRIM, des iodides bulleuses végétantes chez un syphilitique.

Par ailleurs nous nous permettrons de signaler qu'il s'agit dans le cas de notre malade (comme dans un cas étudié par BRACK, où les injections d'iode ou de lait provoquaient une réaction hémoclasique en rapport avec des anomalies des fonctions autonomes), d'un terrain particulièrement sensible à la pénétration de substances étrangères, et, ayant une nette tendance dans ces circonstances à faire des localisations cutanées, puisqu'en 1941, trois injections intra-musculaires de lait ont provoqué l'apparition au niveau des jambes, d'une affec-

tion eczémateuse plus ou moins suintante évoluant par poussées et accompagnée d'œdème des pieds. Or ces lésions se sont vues prendre une extension énorme et une forme ulcéreuse sous l'influence du traitement ioduré, ce que nous pouvons à la suite de MILIAN, considérer comme une manifestation de biotropisme indirect.

Quant à l'ensemble des autres manifestations cutanées, qui, nous le savons, sont apparues d'une façon soudaine, nous pencherons à les considérer comme un phénomène allergique. Le sujet absorbe en effet de l'iode sous diverses formes depuis 22 ans, et nous relevons notamment la prise d'une spécialité à base d'éphédrine et d'iode pendant les cinq derniers mois qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital. Pour une raison que nous ignorons, le médecin administre de l'iode sous une nouvelle forme, à savoir : une potion à l'iodure de potassium (1 gr. par cuillerée à soupe), et avec rapidité apparaît en deux jours seulement un ensemble de lésions, pour la seule absorption de la dose minime de 4 gr. d'ioduré.

En somme, il peut y avoir eu, comme le pense MILAN KITCHEVATZ, sensibilisation progressive par accumulation, sensibilisation qui a ensuite provoqué cette sorte d'explosion de manifestations cutanées à l'occasion de la prise à dose faible d'une nouvelle forme médicamenteuse.

Cependant nous ne pouvons totalement écarter le biotropisme indirect, étant donné l'aspect de pyodermite staphylococcique pris par les lésions, ceci étant d'ailleurs en accord avec l'augmentation notable du nombre de leucocytes et avec les résultats de la biopsie, biotropisme qui semble s'être manifesté tout particulièrement au niveau des lésions eczémateuses des jambes.

CHAPITRE VI

LE TRAITEMENT

Rappelons tout d'abord que dans l'observation exposée au début de ce travail une amélioration rapide bientôt suivie d'une guérison presque complète (la malade est encore en traitement), se sont manifestées par la suppression de tout traitement antérieur, ceci accompagné d'une thérapeutique locale comprenant des pansements antiseptiques, des applications de pâte à l'eau et de poudre de Dagénan.

D'une façon générale nous pouvons tout d'abord envisager : un *traitement prophylactique*. — Dans les accidents toxiques, il est recommandé de commencer par 1 à 3 gr. d'iode pour tâter la susceptibilité du terrain, et si ces 3 gr. sont bien supportés on pourra aller ensuite sans crainte jusqu'à 6 gr.

TRENK propose préventivement de diminuer les dangers du bromisme par l'adjonction de calcium sous forme de lactobronate de calcium et de brôme, à prendre en injections intra-veineuses ou per os.

Il faudra également veiller à titre prophylactique au bon fonctionnement digestif par des laxatifs, un régime lacto-végétarien avec pâtes, et si l'on considère que les troubles gastriques sont le point de départ du staphylocoque, administrer l'iode de potassium en capsules glutinisées.

On peut aussi administrer au préalable de l'adrénaline ou de l'éphédrine per os qui lutteront contre les troubles vaso-moteurs; par exemple :

Adrénaline en solution à 1 p. 1.000, XC gouttes en trois fois dans la journée.

Le *traitement curatif* essentiel, reconnu par tous les auteurs et ayant seul peut-être une action nette et constante, consiste dans la suppression immédiate et totale de toute médication iodurée ou bromurée, cette suppression étant suivie d'une régression parfois très lente, mais généralement constante des lésions. Il suffira alors d'employer une thérapeutique équivalente comme la terpine-codéine dans le cas que nous rapportons, ou encore la tartrate borico-potassique, le gardénal, chez les épileptiques (malades fréquemment atteints de bromisme); de même chez les nourrissons présentant des bromides par transmission lactée, le sevrage pur et simple suffira souvent à amener la régression des lésions.

Ceci étant réalisé, un très grand nombre de thérapeutiques adjuvantes ont été proposées, d'une efficacité inégale et inconstante, mis à part le traitement local.

Avec MILIAN, qui considère la plupart de ces lésions comme des pyodermites staphylococciques, nous instituerons tout naturellement un traitement local anti-infectieux, tel que : des pansements humides boriqués, des pansements à l'oxycyanure faible, au borobarate de soude à 10 p. 1.000, des savonnages, des badigeons aux lotions soufrées ou aux lotions alcooliques de vert brillant ou même des lotions à l'alcool iodé ou au Lugol. Signalons encore les traitements locaux à la crème de zinc et au tulle gras (UGARRIZZA).

On a par ailleurs préconisé les traitements vaccinnants ou désensibilisants pour lutter contre les phénomènes anaphylactiques ou de choc; c'est ainsi que WIDAL et PASTEUR VALLERY-RADOT, ont pu désensibili-

ser une malade en lui faisant ingérer d'abord de faibles doses (0 gr. 01), puis des doses progressives, puis massives sans un jour de repos; mais l'immunité disparaissait en deux jours. Signalons par la même occasion qu'une dose faible, prise une à trois heures avant les repas, immunise souvent.

A la suite de ceci, signalons que PAGNIEZ et PASTEUR VALLERY-RADOT, protègent certains malades en leur faisant ingérer 0g. 50 de peptones une heure avant les repas, et rappelons d'autre part, le rôle protecteur de l'hyposulfite de soude administré per os ou en injections intraveineuses lorsqu'il est associé à l'absorption d'iodures de potassium (KALTE et JAFFE).

LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et THIBAUT, signalent pour leur part un cas de guérison d'iodides ulcéro-végétantes par la pratique de l'autohémothérapie.

L'administration d'acide phosphorique per os ou les injections intraveineuses de 914, ont souvent donné une régression rapide des lésions d'iodides acnéiformes et anthracoides.

Nous devons également tenter de modifier le terrain cutané en corrigeant par exemple la séborrhée et l'acné du visage qui peuvent attirer les iodurides, de même qu'il nous faudra modifier le terrain général, certains sujets (souvent hérédo-syphilitiques) étant sensibles à tous les toxiques ou à certains groupes médicamenteux, et les troubles gastro-intestinaux hépatiques, nerveux, vaso-moteurs, l'insuffisance rénale, le dysfonctionnement endocrinien, jouant bien souvent comme nous l'avons noté un rôle manifeste dans la pathogénie de ces lésions.

Avant de terminer cet exposé thérapeutique nous tenons à signaler un traitement simple, et satisfaisant pleinement l'esprit, si l'on admet à la suite de WILE,

WRIGHT et SMITH, la substitution des chlorures aux bromures, dans les cellules cutanées. Ceci amena en effet STÉVENSON à proposer de pratiquer tous les deux jours des injections intra-veineuses de 300 cm³ d'une solution de chlorure de sodium à 0 gr. 6 p. 1.000, dans un cas de bromides nodulaires de la jambe; les jours d'injection, l'élimination de brome augmentait nettement dans les urines et il obtint ainsi une amélioration rapide; il pense que le chlorure de sodium serait également efficace en cas d'iodisme. Un cas analogue de bromides végétantes chez un névropathe, a guéri rapidement par des injections intra-veineuses de 300 cm³ d'une solution décinormale de chlorure de sodium tous les trois jours, associées à l'absorption de pancréatine et d'acide chlorhydrique dilué. RIVAS CABALLO obtint une amélioration de l'état général par des injections sous-cutanées de sérum physiologique chez un nourrisson de six mois atteint de bromides végétantes. LI également, pratiqua ces injections intra-veineuses de chlorure de sodium à 10 p. 1.000 et obtint la régression rapide de bromides végétantes de la face.

Cette thérapeutique est cependant assez discutée, et beaucoup d'auteurs considèrent qu'elle ne donne que rarement de bons résultats.

CONCLUSION

Voici terminé l'exposé d'un nouveau cas d'iodo-bromides ulcéro-végétantes et nous pensons pouvoir en conclure : d'une part, l'importance du diagnostic clinique de ces lésions, bien souvent méconnues alors que lorsqu'on y pense leur découverte est facile, le caractère des éruptions étant généralement très démonstratif malgré la diversité des formes possibles. Dans l'observation exposée plus haut, la forme était d'ailleurs celle que l'on retrouve assez fréquemment. La confirmation de ce diagnostic par les examens de laboratoire et les tests cutanés nous aideront également dans cette recherche.

D'autre part, l'importance qu'il faut attacher à la surveillance de tout traitement ioduré ou bromuré, particulièrement chez les sujets affaiblis, et en état de moindre résistance, ou ayant déjà présenté des affections dermatologiques, l'arrêt de toute thérapeutique de cet ordre étant formellement indiqué dès l'apparition des premières manifestations cutanées.

BIBLIOGRAPHIE

- BIZZOZZERO et FERRARI. — Sur l'idiosyncrasie à l'iodoforme (*Giorn. ital. di Derm. e Sifil.*, fasc. I, février 1931, p. 3).
- BLOCH (B.) et FENCHIV (F.) — Zur klinik und Pathogenese des Bromoderma vegetans. Ein Fall von Schwerster Bromoderma vegetans mit Beteiligung der Schleimhaute und Ausgang in Exitus letalis. Künstliche Erzeugung von Bromoderma vegetans Efflorescenzen bei der Patientin. Bromacheveis in den organen (*Arch. für Dermat. und syphil.*, vol. CLXV, cah. I, 1932, p. 93).
- BRACK. — Unterschungen aus einem Fall von Iodüberempfindlichkeit (*Dermatol. Zeit.*, t. LVI, fasc. I, mai 1929, p. 26).
- COSTELLO. — Bromin eruption by placental transmission (*Archives of Derm. and Syph.*, juin 1923, p. 806).
- DANEL (M.-L.). — Toxicodermie bromique végétante et suppurative (*Bull. de Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, avril 1926, p. 363).
- Cas fatal d'iodides bulleuses et végétantes (*Bull. de Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, janvier 1926, p. 40).
- DIASIO. — Vegetating bromoderma ; rapid recovery following use of intravenous injections of sodium chlorid (*The urol. and cuta. Rev.*, juin 1931, p. 350).
- DJEVDET KERIM. — Un cas d'iodides bulleuses végétantes (*Istambul Serinyati*, n° 1, 1932).
- FERRARI. — Transport passif de l'hypersensibilité à l'iodure de potassium dans la dermatite herpétiforme de Duhring (*Il Dermosif.*, v^{me} année, n° 8, août 1930, p. 489).
- FESSLER (A.). — Bromexantheme van typus Pemphigus vegetant und serpiginosus (*Derm. Zeit.*, t. LXII, n° 1, février 1928, p. 25).
- GUERRIERI (T.). — Contribution à l'étude des bromodermoses expérimentales (*Giorn. ital. di Derm. e Sifil.*, vol. LXVIII, fasc. 6, décembre 1927, p. 1584).
- HUDELO et CHABREUN. — Bromides végétantes (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, 1925, p. 206).
- HULUSI BEHDJET. — Iodides bulleuses pemphigoides végétantes (*Istambul Serinyati*, n° 1, 1932).
- Iodides bulleuses pemphigoides et végétantes profuses du visage et du cou apparues brusquement (*Annales des maladies vénériennes*, XXVI^{me} année, n° VIII, août 1930, p. 581).

- JAUSION, NOYER et SOHIER. — Deux cas d'iodides bulleuses sur épidermophyties inguinales et axillaires (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, juillet 1930, p. 1097).
- JOFFE (M.-I.). — Erythema iodicum bullosum haemorrhagicum mit toedlichem Ausgange (*Arch. fur Derm. und Syph.*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 517).
- KALTE et JAFFE. — Ueber Iodallergie der haut bei bleisenbilden den Hauter Kraukungen (*Klin. Woch.*, t. IX, n° 20).
- LEDO (E.). — Bromides végétantes en un lactante (nota clinica) *Actas. Dermo. Sifil.*, XXXII^e année, n° 3, décembre 1929, p. 163.
- LI. — Bromoderma treated with infusions of sodium chlorid (*The chinese Medical Journal*, vol. 505, mai 1936, p. 665).
- LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et THIBAUT. — Iodides ulcero-végétantes (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, avril 1929, p. 380).
- MILAN KITCHEVATZ (M.). — Transmission de la sensibilité progressive au bromure de l'homme au cobaye (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, juin 1934, p. 992).
- MILIAN (G.). — Le biotropisme.
- - Bromides chez un nourrisson de trois mois (*Paris Méd.*, 21 mars 1925, p. 273).
 - - Bromides des membres inférieurs (*Paris Méd.*, 21 mars 1925, p. 275).
- PAGNIEZ (Ph.) et RAVINA. — Iodisme bulleux et pustuleux compliquant l'évolution de la vaccine chez un brightique (*Presse Méd.*, XXXVII^e année, n° 43, 29 mai 1929, p. 699).
- PASINI. — Démonstration du brome dans les productions pathologiques des bromides humaines et considérations sur leur pathogénie (*Giorn. it. di Derm. e Sifil.*, vol. LXXIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1616).
- PROTRZOBOWSKI (B.). — Bromides acneiformes et végétantes; tests cutanés isomorphes; étude histologique (*Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. IV, fasc. I, 2 p. 41).
- SEZARY et MIGET (A.). — Iodides syphiloïdes (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, mai 1933, p. 694).
- STEVENSON. — Sodium chlorid in the treatment of bromisme (*Arch. of Derm. and Syph.*, octobre 1925, p. 525).
- SPILLMANN (L.) et WATRIN (J.). — Contribution à l'étude des bromides végétantes (*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1934, p. 833).
- SPILLMANN (L.), WEISS et DURAND. — Iodides à type polymorphe (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, réunion dermatologique de Nancy, 27 juin 1931, p. 1092).

SPILLMANN (L.), WEISS et DURAND. — Bromides végétales (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, mars 1932, p. 399.)

SPILLMANN (L.), WEISS et MALTON. — Dermite bulleuse généralisée d'origine iodique chez un hémiplegique (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et de Syph.*, réunion dermatologique de Nancy, juin 1933, p. 1254).

TIEFFENBRUNNER (G.). — Über ein fall von iododerma tuberculosom (*Derm. Zeit.*, 1920, t. xxix, p. 206).

TRENK. — Erfahrungen mit Kombiniertem calcium und Brombehandlung bei Dermatosen (*Derm. Woch.*, t. xcix, n° 29, 21 juillet 1931, p. 951).

TURCHINI (J.) et CASTEL (P.). — De quelques réactions histo-chimiques nouvelles. Recherches des iodures et des bromures. 69^{me} Congrès des Sociétés Savantes (*Pub. du Lab. d'Hist. de Montp.*, 1935-36, t. iv, fasc. 4).

UGARIZZA. — Iodides bulleuses (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, réunion dermatologique de Strasbourg, juillet 1932, p. 1430).

WATRIN (J.). — Bromides végétales (*Bull. de la Soc. Fran. de Derm. et Syph.*, réunion dermatologique de Nancy, juil. 1937, p. 1620).

WHILE, WRIGHT et SMITH. — A preliminary study of the experimental aspects of iodid and bromid exanthems (*Arch. of Derm. and Syph.*, novembre 1922, p. 259).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Remarques à propos d'un cas d'iodo-bromides végétales, par M. POHER (Loïk).

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 6 juillet 1942.

Le Professeur,
MARGAROT.

Vu : Le Doyen de la Faculté.

Montpellier, le 6 juillet 1942.

GIRAUD.

Vu et permis-d'imprimer :

Montpellier, le 8 juillet 1942.

Le Recteur,
J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



